

*Протасевич П.В., Соколов К.М.,
Гетманов Д.М., Заяц Г.В., Лобан Д.Е.,
Кисиль С.П., Новиков Д.О., Арбузов С.В.*

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭМБОЛОГЕННЫХ ТРОМБОЗОВ В СИСТЕМЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

*Могилевская областная больница,
г. Могилев, Республика Беларусь*

Актуальность. Тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей представляет собой тяжелую патологию, угрожающую развитием потенциально фатального осложнения — тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). Несмотря на то, что современная антикоагулянтная терапия позволяет добиться удовлетворительных результатов лечения этой патологии, снижая частоту ТЭЛА до 12% и летальность до 1-3%, в ряде случаев ТГВ продолжает представлять собой серьезную угрозу развития легочной эмболии, что требует от врача активных действий по ее профилактике. В настоящее время в таких ситуациях может применяться не только консервативная терапия, но и хирургические методы лечения.

Цель. Анализ результатов применения методики хирургического и консервативного лечения эмбологенных ТГВ в системе нижней полой вены (НПВ) в отделении сосудистой хирургии Могилевской областной больницы в 2011-2014 гг.

Материал и методы. На протяжении 2011-2014 гг. в отделении сосудистой хирургии Могилевской областной больницы было пролечено 65 пациентов с флотирующими тромбами в системе НПВ. В 46 случаях флотирующий сегмент тромба находился в общей бедренной и/или подвздошной вене, в 17 случаях — в поверхностной бедренной или подколенной вене, в 2 случаях — в нижней полой вене. Возраст пациентов составил 52,1 года (от 27 до 69 лет). Среди пациентов было 34 мужчины и 31 женщина. В качестве основных критериев выбора тактики лечения рассматривались длина флотирующего сегмента тромба и наличие в анамнезе эпизодов клинически значимой ТЭЛА. При длине флотирующего тромба менее 2 см всем пациентам проводилась консервативная терапия. В случае наличия флотирующего тромба длиной 4 см и более выполнялись хирургические вмешательства. При выявлении на УЗИ флотирующего сегмента тромба длиной от 2 до 4 см хирургический метод лечения применялся при наличии в анамнезе ранее перенесенных эпизодов клинически значимой ТЭЛА.

Результаты и обсуждение. «Стандартное» консервативное лечение — постельный режим до момента фиксации флотирующего сегмента тромба (не менее 10 суток), низкомолекулярные гепарины в лечебных дозах, дезагреганты, флеботоники, нестероидные противовоспалительные препараты — было применено у 37 пациентов. Каждые 5-7 суток выполнялось контрольное УЗИ вен. После прекращения флотации верхушки тромба начиналась активизация пациента и перевод последнего на прием пероральных антикоагулянтов (варфарин).

Хирургические вмешательства были выполне-

ны 28 пациентам. В 5 случаях они выполнялись пациентам, ранее перенесшим эпизод массивной ТЭЛА. 14 пациентам был имплантирован кава-фильтр (в 9 случаях постоянный, в 5 — съемный), в 14 случаях произведены «открытые» хирургические вмешательства. У 9 пациентов была выполнена тромбэктомия из бедренной и/или подвздошной вены (в 1 случае дополненная пликацией поверхностной бедренной вены), в 1 случае — тромбэктомия из НПВ. Изолированная пликация подвздошных вен выполнялась у 2 пациентов, в 2 случаях была выполнена перевязка поверхностной бедренной вены.

Среди пациентов, получавших консервативное лечение, не было отмечено случаев летальных исходов и клинически значимой ТЭЛА. К 14 суткам консервативного лечения во всех случаях была отмечена фиксация флотирующей части тромба. В группе оперированных пациентов отмечено 2 летальных исхода (после выполнения тромбэктомии из НПВ и имплантации кава-фильтра). В обоих случаях хирургические вмешательства выполнялись пациентам, перенесшим массивную ТЭЛА, находившимся в тяжелом состоянии с флотирующими тромбами длиной 6,5 и 9 см на узком основании. Причиной смерти в обоих случаях явилась прогрессирующая полиорганная дисфункция. Случаев ТЭЛА после выполнения хирургических вмешательств зарегистрировано не было.

Таким образом, избранная тактика лечения позволила добиться хороших результатов лечения пациентов с эмбологенными ТГВ. Предлагаемый алгоритм позволяет выделить группу пациентов, требующих выполнения экстренных оперативных вмешательств и избежать «ненужных» операций у пациентов группы «низкого» риска венозных тромбоэмболических осложнений.

Выводы. 1. Лечение эмбологенных венозных тромбозов требует в ряде случаев применения не только консервативной терапии, но и хирургических вмешательств. 2. Основными факторами, определяющими тактику лечения эмбологенных ТГВ, являются длина флотирующего сегмента тромба и наличие в анамнезе ранее перенесенных эпизодов ТЭЛА. 3. Требуется дальнейшее изучение как непосредственных, так и отдаленных результатов лечения эмбологенных тромбозов в системе НПВ для выработки оптимальной тактики их лечения.

Рагимов З.Р., Эюбов Ф.А., Ягубов Э.Г.

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ БЕДРА И ГОЛЕНИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

*Азербайджанский
медицинский университет,
г. Баку, Азербайджанская Республика*

Актуальность. В настоящее время частота